Pott Murielle, Professeure HESAV, HES-SO

HESAV
RECHERCHE

Des assistances au suicide en Suisse
une analyse de parcours

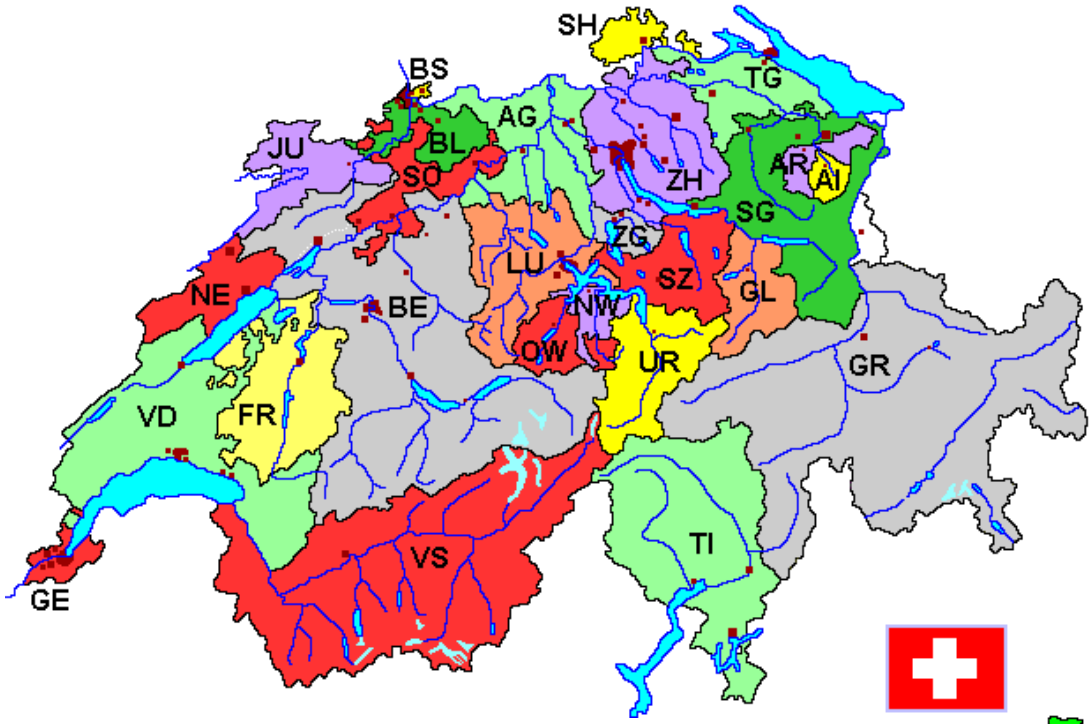
- Les Soins palliatifs confrontés aux évolutions législatives
- **15ème JOURNEE REGIONALE**
- **St Brieuc, 22 novembre 2013**

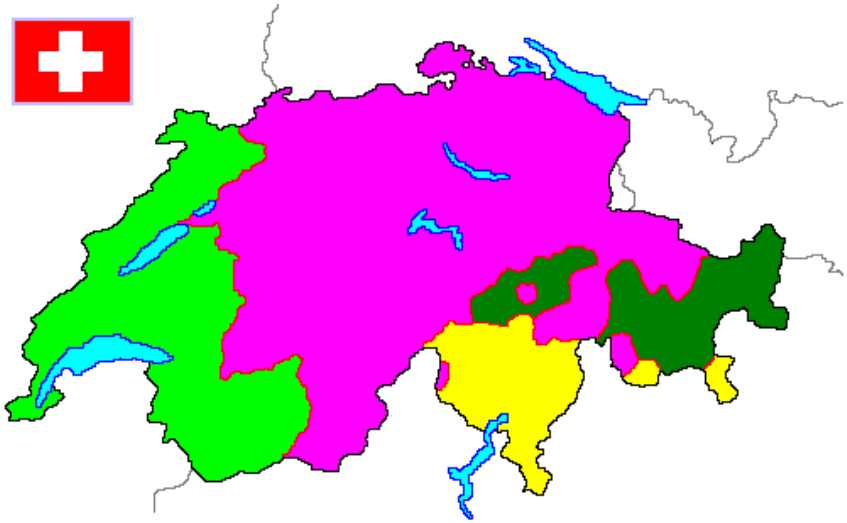
COORDINATION BRETONNE DE SOINS PALLIATIFS

Plan

- La Suisse, mode d'emploi
  - Contexte légal général et chiffres suisses de la mort demandée
- Le « parcours » ou 5 espaces de négociation
- Conclusion
  - Un modèle unique et inexportable

LA SUISSE MODE D'EMPLOI





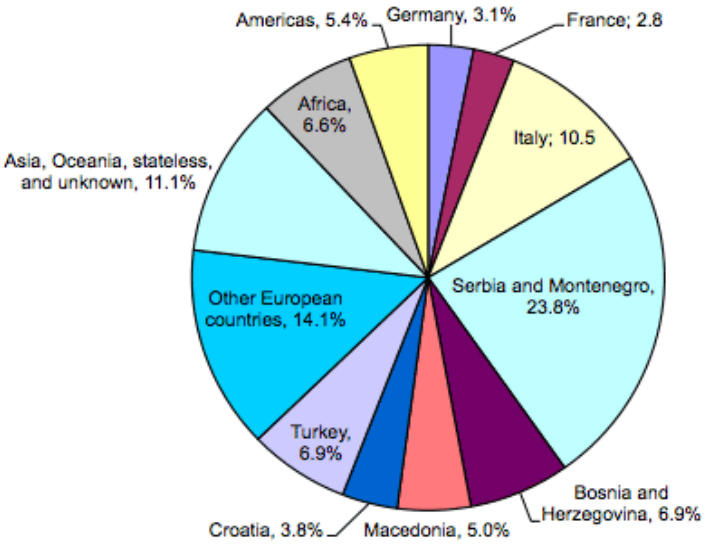
Switzerland : Languages

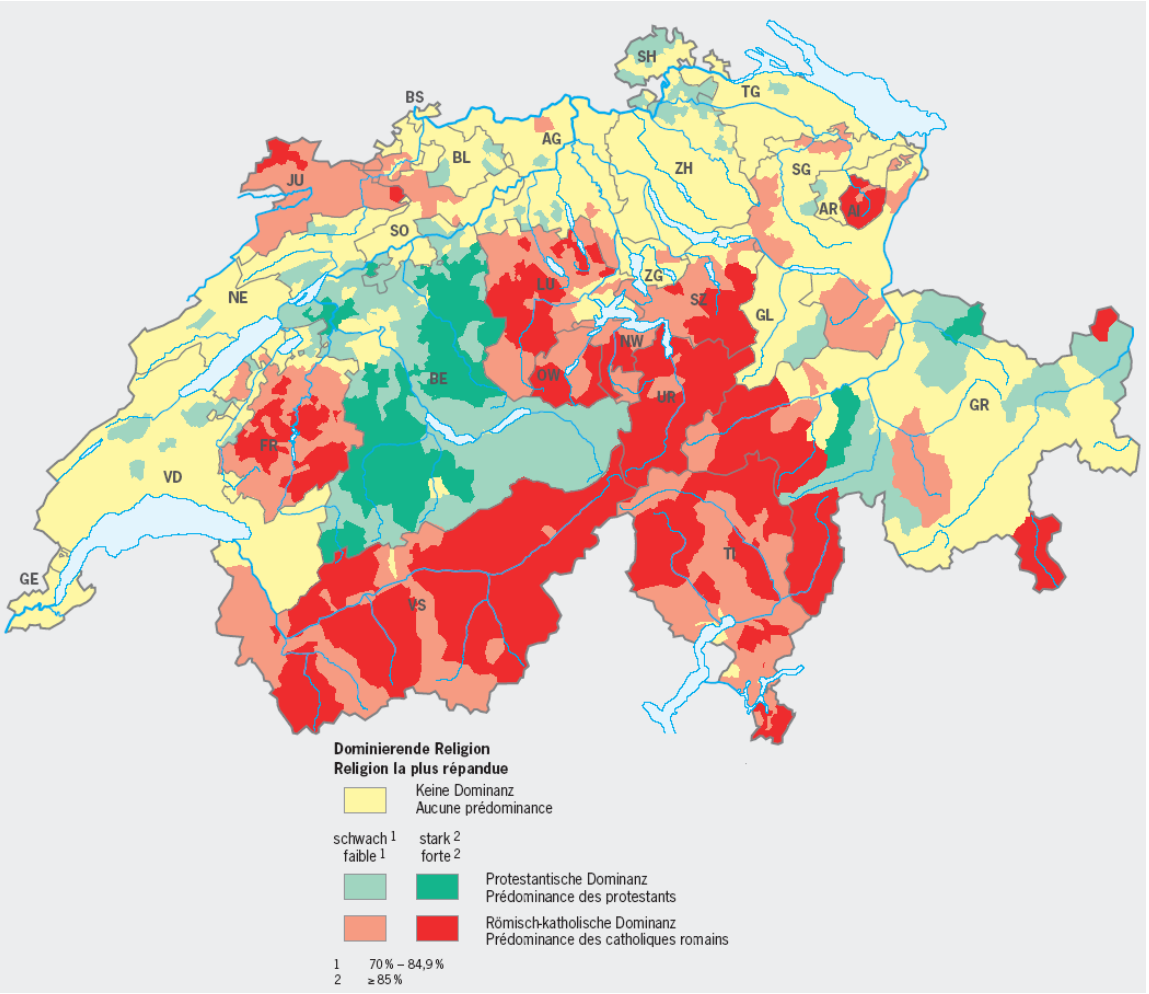
German

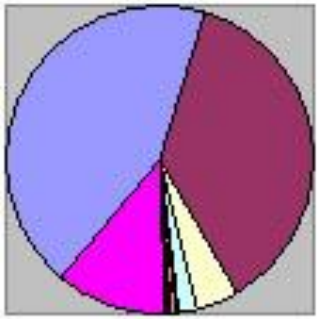
French

Italian

Romansch







41.8% Roman Catholic
35.3% Protestant
4.3% Islam
1.8% Orthodox Christianity
0.4% Other Christianity
0.4% Hinduism
0.3% Buddhism
0.2% Judaism
0.1% Other
11.1% None

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

CONTEXTE LÉGAL GÉNÉRAL ET CHIFFRES SUISSES DE LA MORT DEMANDÉE

Les legislations de la mort demandée

Suicide médicalement assisté légalisé

- Oregon
- Montana
- Washington
- Belgique
- Hollande
- Luxembourg

Euthanasie légalisée

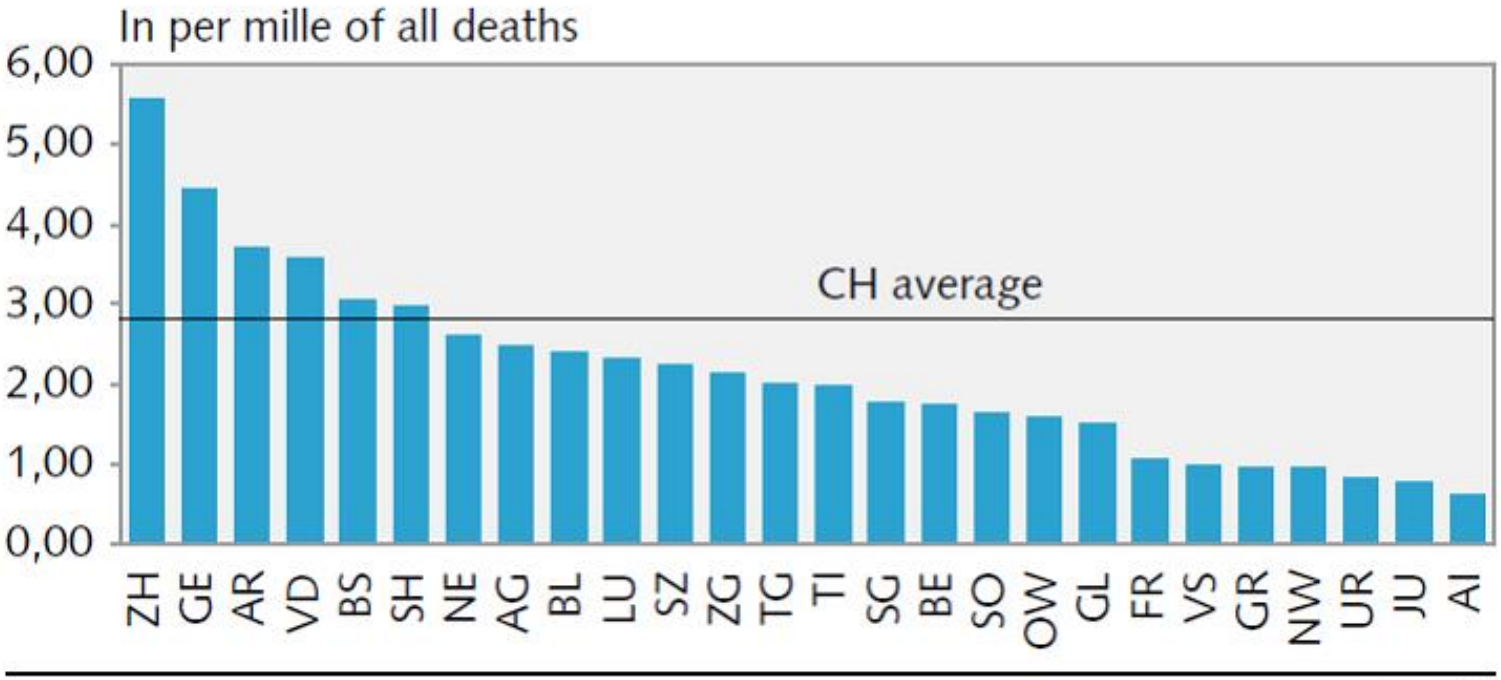
- Belgique
- Hollande

Assistance au suicide tolérée sous conditions:

•Suisse

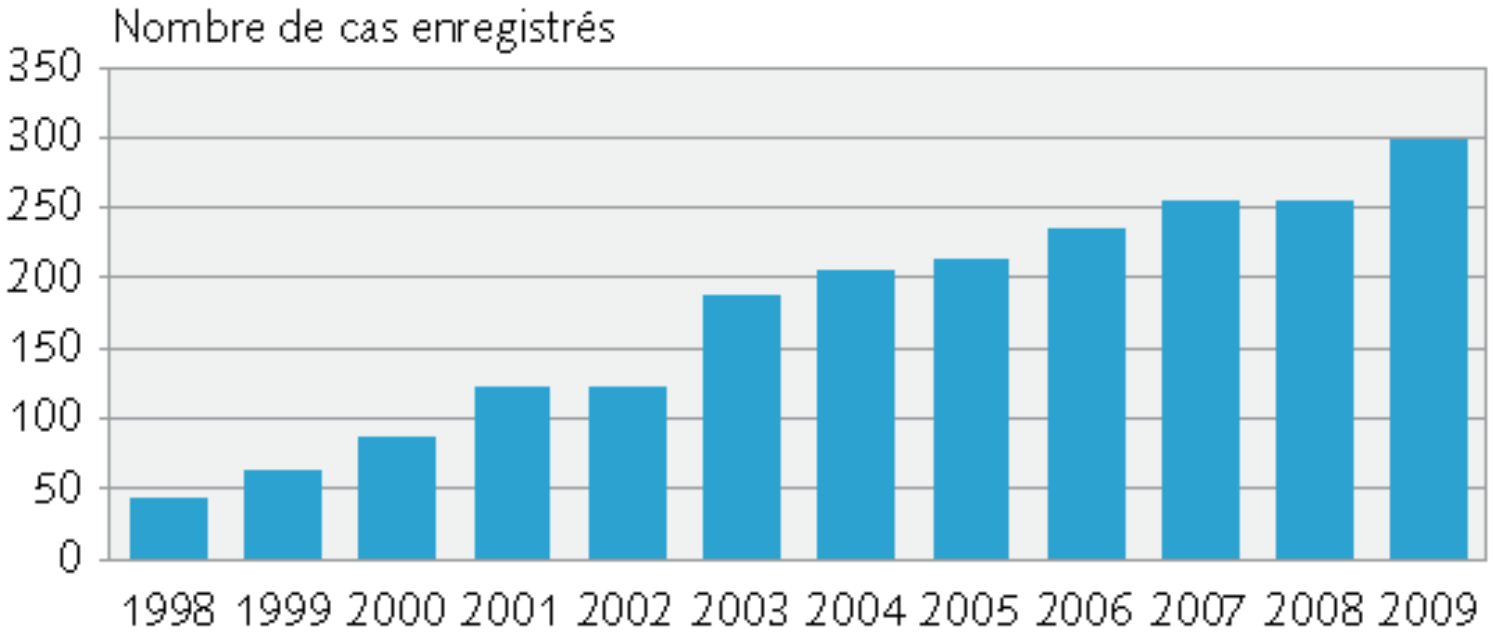
Assisted suicide cases, by canton of residence 1998/2009

G 6



© FSO

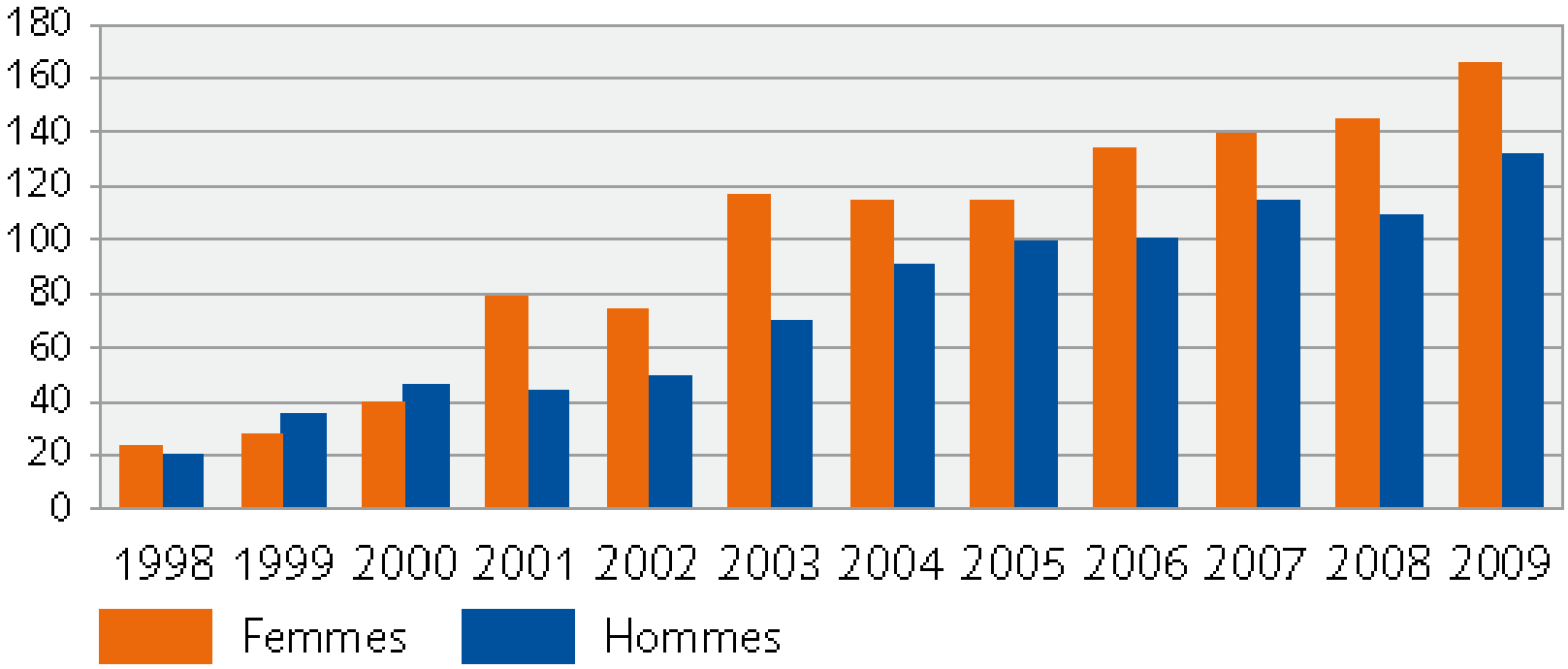
Suicide assisté 1998–2009 G 1



© OFS

Suicide assisté par sexe 1998–2009

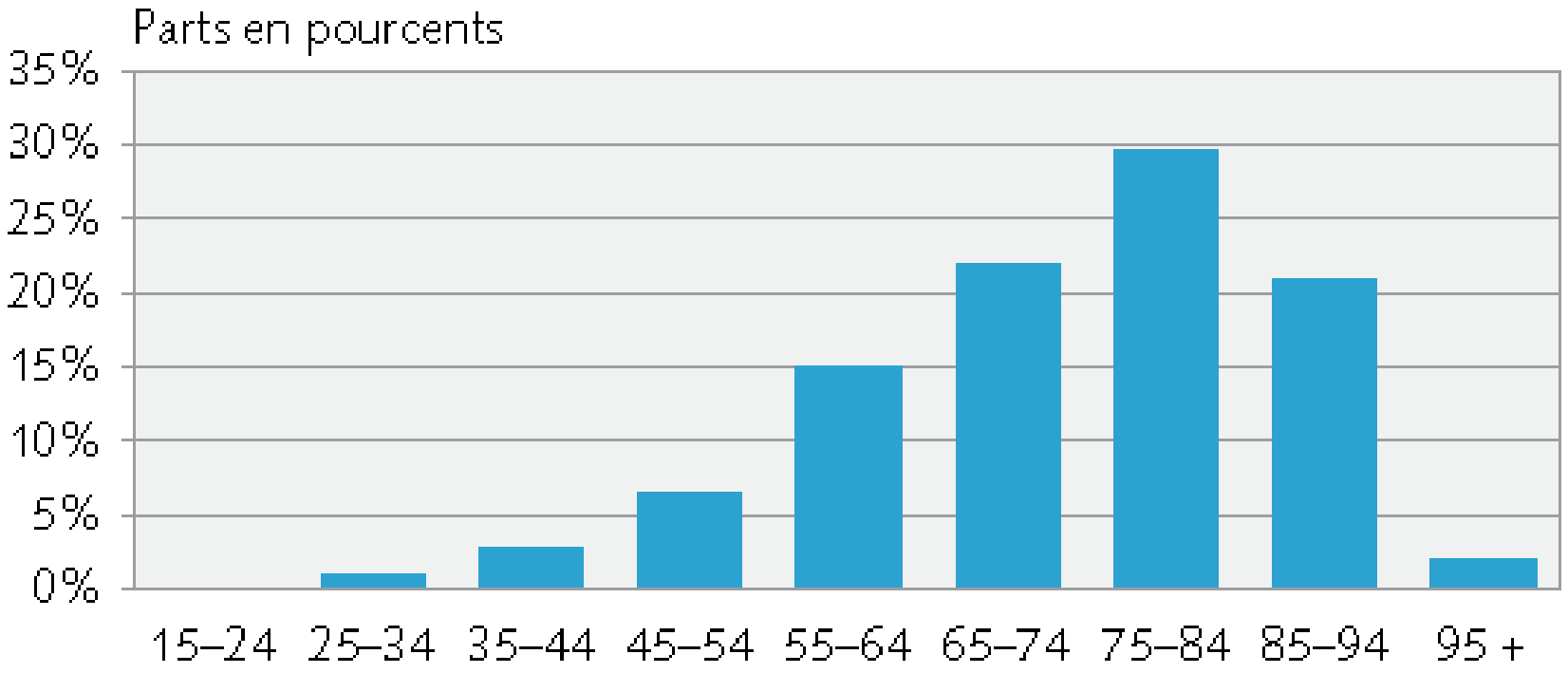
G 2



© OFS

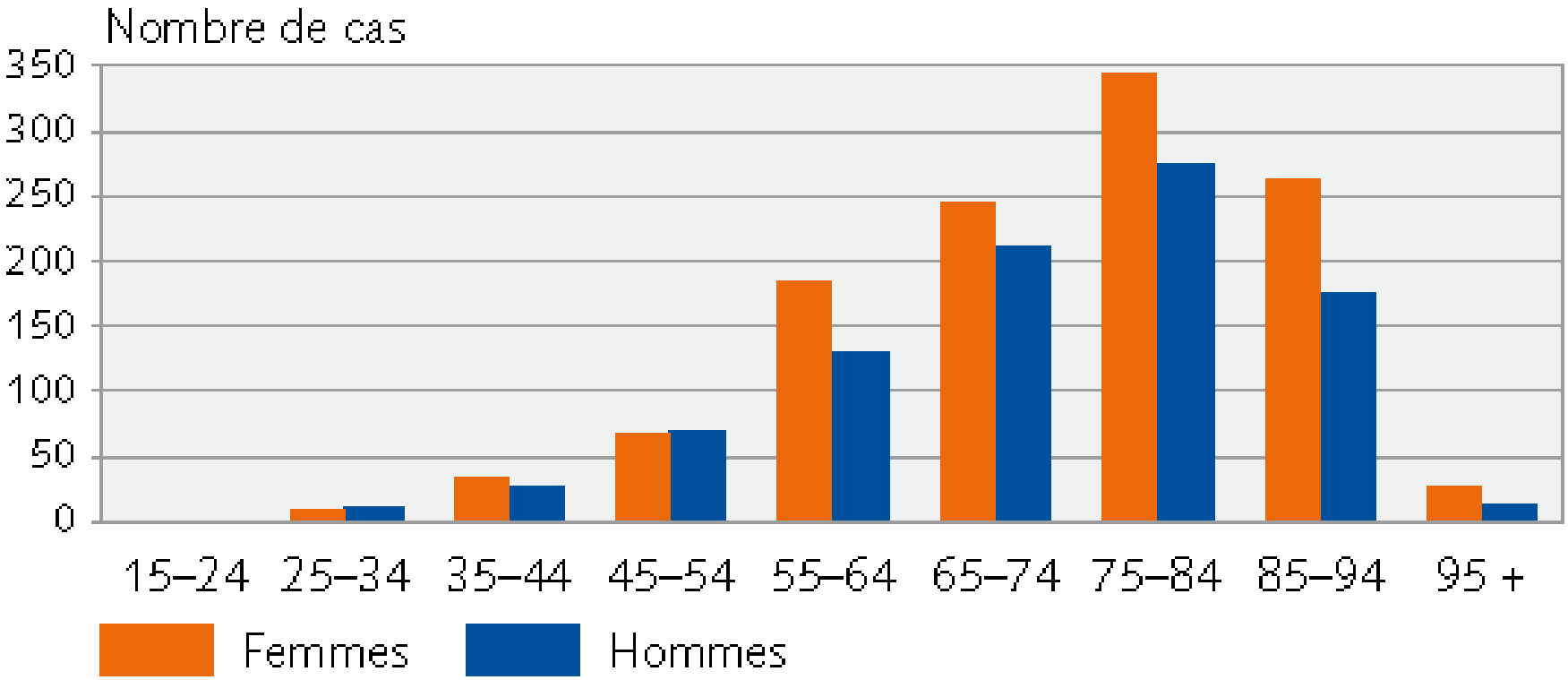
Suicide assisté par âge 1998/2009

G 3



© OFS

Suicide assisté par âge et sexe 1998/2009 G 4

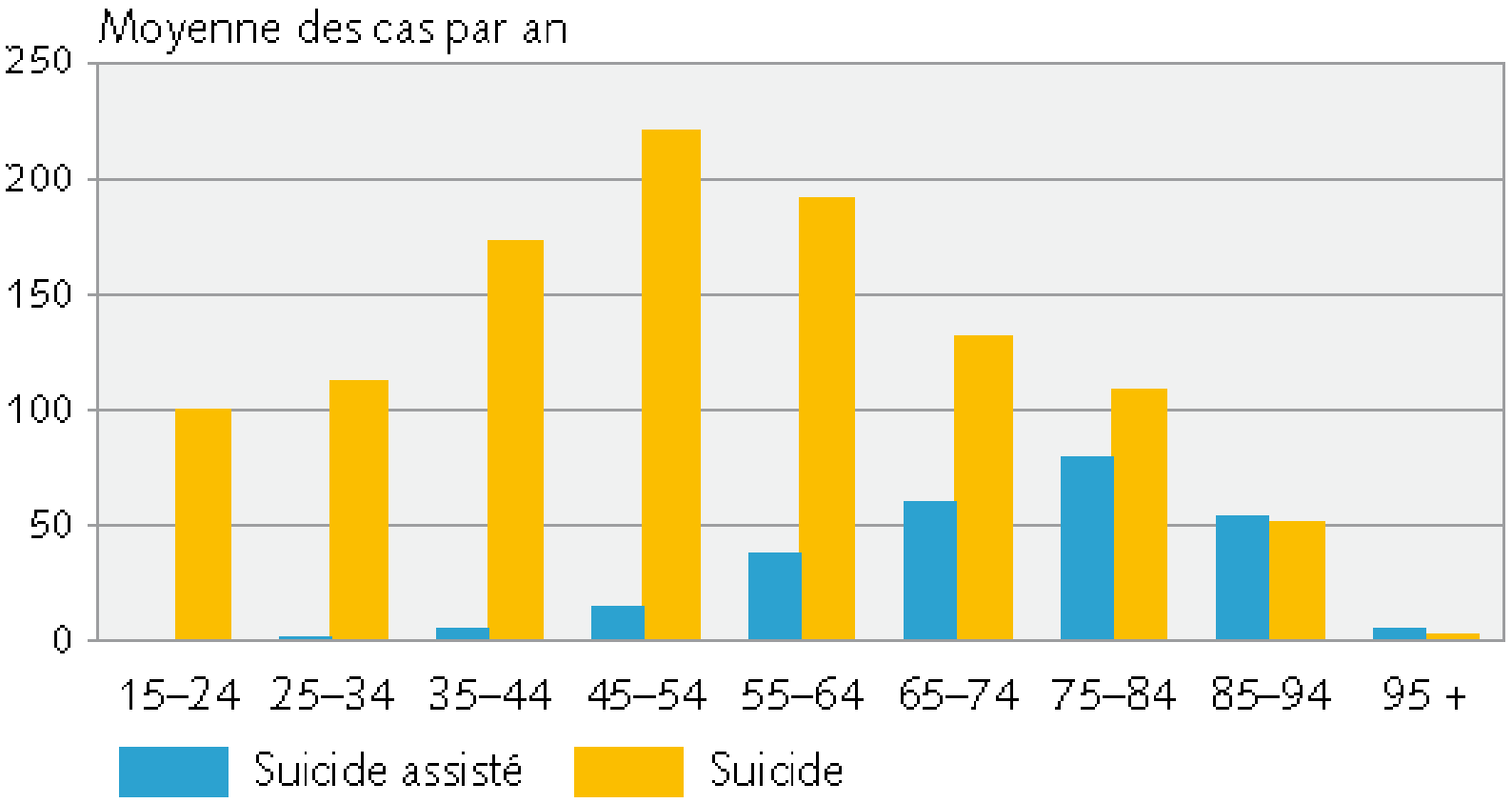


© OFS

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Suicide et suicide assisté par âge 2006/2009

G 8



© OFS

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Toléré sous certaines conditions

Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour 5 ans au plus ou de l'emprisonnement.

Art 115 du Code pénal, 1937

Associations militantes, 2009

- Exit ADMD: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, Genève 1982, 15’000 membres
- EXIT-Deutsche Schweiz: Zürich 1982, 50’000 membres
- Ex International: Berne 1996, 700 membres en 2006
- Dignitas: Zurich 1998, 6000 membres de 52 pays
- Suizidhilfe: Zurich 2002, nombre de membres inconnu

Deux acteurs dans le champ de la mort

Mêmes problèmes au même moment

- Acharnement thérapeutique
- Impuissance devant la douleur
- Paternalisme médical
- Mourants sont de trop

Mêmes valeurs, différentes solutions

- Autonomie
- Dignité

2003/2007	Suisse	% de tous les décès	% de tous les suicides
Décès	63 700 /**61 089**		
Suicides	1400/**1360**	2, 22 **/ 2, 23**	
Suicides accompagnés par une association	272 / **400**	0,43 / **0,65**	19,43 / **29, 41**
Dignitas	91 /**132**	0,14 / **0, 22**	6,5 / **9, 7**

Les soins palliatifs

Développement en 4 phases (Couvreur)

- Pionniers
- Institutions spécialisées
- Diffusion des valeurs
- Intégration dans le système sanitaire

Intégration

- Programme cantonal vaudois de soins palliatifs 2003-2013
- Stratégie nationale en matière de soins palliatifs, 2010–2012, OFSP-CDS
- Loi sur l'aide au suicide, Vaud 2012

Recommandations en vue d'évaluer la détermination d'un suicidant

CRITÈRES DE DILIGENCE CONCERNANT L'ASSISTANCE AU SUICIDE.

COMMISSION NATIONALE D'ÉTHIQUE. PRISE DE POSITION N° 13/2006. WWW.NEK-CNE.C

- 1 La capacité de discernement concernant la décision de mettre fin à sa vie avec l'aide d'un tiers est adéquate

- 2 Le désir de suicide découle d'une grave souffrance liée à une maladie incurable

- 3 L’assistance au suicide ne doit pas être apportée aux personnes atteintes d’une maladie psychique chez qui la tendance suicidaire est l’expression ou le symptôme de l’affection

- 4 Le désir de mourir est durable et constant. Il ne découle ni d’une impulsion ni d’une crise vraisemblablement passagère

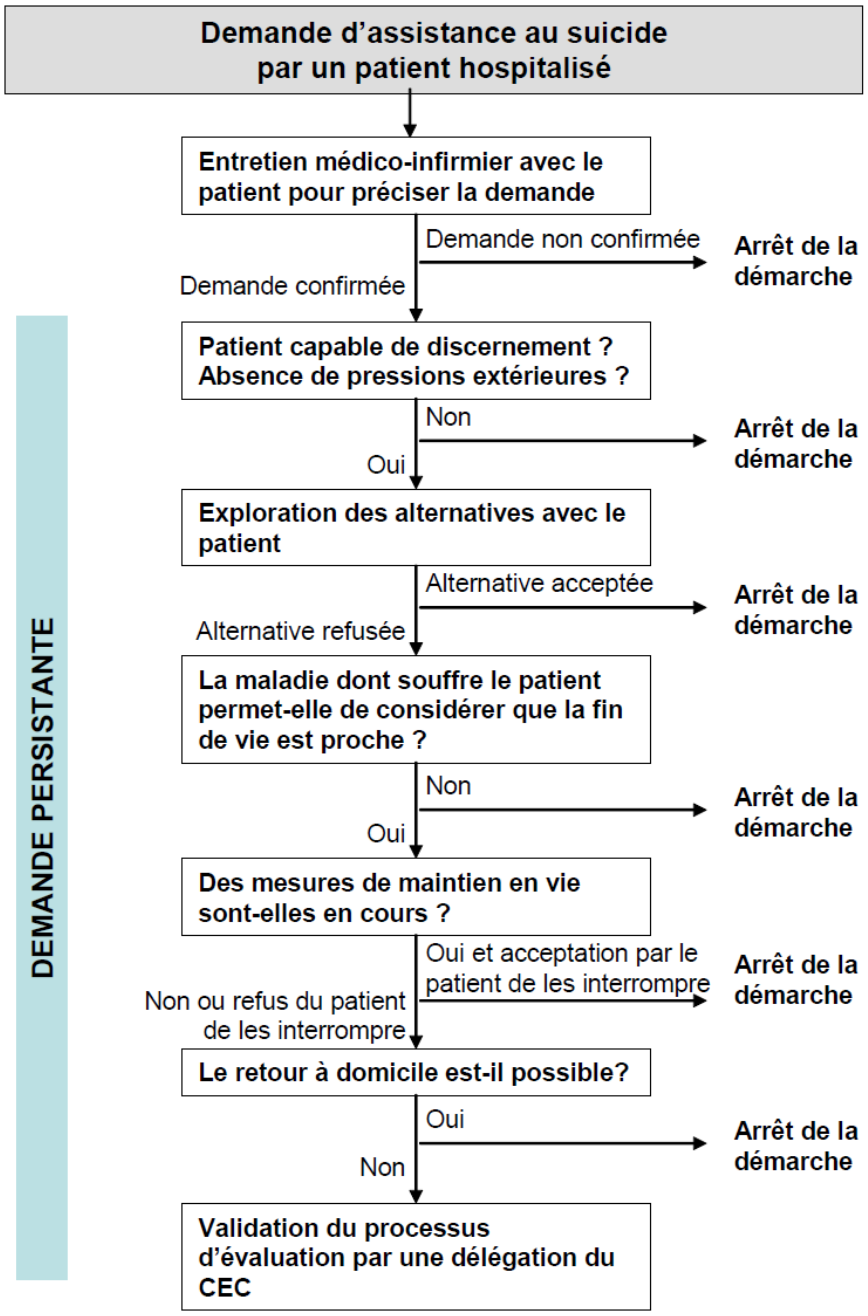
- 5 Le désir de suicide n’est déterminé par aucune pression extérieure

- 6 Toutes les autres pistes/possibilités sont explorées et soupesées avec le suicidant; elles sont exploitées selon sa volonté

- 7 Des contacts personnels et répétés, assortis d'entretiens approfondis sont indispensables.

  Une évaluation sur la base d'une rencontre unique ou d'un échange de correspondance est exclue.

- 8 Un second avis indépendant aboutit aux mêmes conclusions


Demande d'assistance au suicide par un patient hospitalisé
Entretien médico-infirmier avec le patient pour préciser la demande
Demande non confirmée
Arrêt de la démarche
Demande confirmée
Patient capable de discernement ? Absence de pressions extérieures ?
Non
Arrêt de la démarche
Oui
Exploration des alternatives avec le patient
Alternative acceptée
Arrêt de la démarche
Alternative refusée
La maladie dont souffre le patient permet-elle de considérer que la fin de vie est proche ?
Non
Arrêt de la démarche
Oui
Des mesures de maintien en vie sont-elles en cours ?
Oui et acceptation par le patient de les interrompre
Arrêt de la démarche
Non ou refus du patient de les interrompre
Le retour à domicile est-il possible?
Oui
Arrêt de la démarche
Non
Validation du processus d'évaluation par une délégation du CEC
DEMANDE PERSISTANTE

PARTICIPER À UN SUICIDE ASSISTÉ :

ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR L'EXPÉRIENCE DES PROCHES ET LEURS REPRÉSENTATIONS DE LA FIN DE VIE, DE LA MORT ET DU DEUIL

HESAV RECHERCHE

RésaR recherche en santé, réadaptation-réinsertion

eoc Istituto Oncologico della Svizzera Italiana – Oncology Institute of Southern Switzerland

Hes·so Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

Les proches

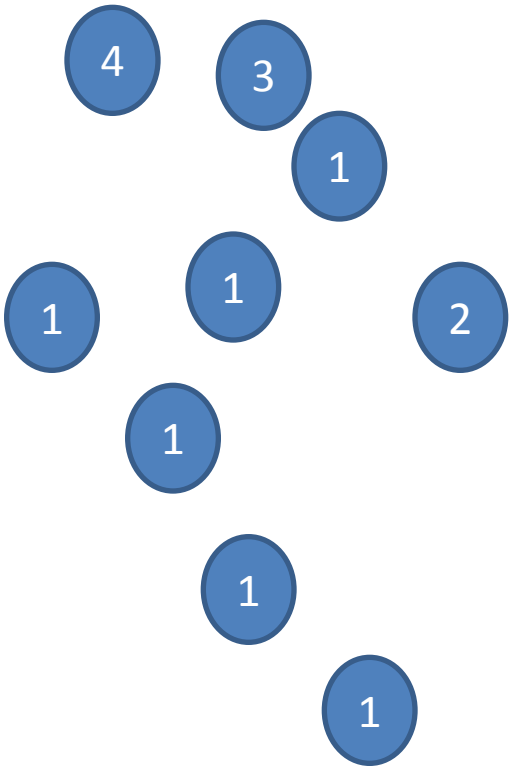
- Quasi absents des débats
- Perçus comme potentiellement suspects
- Invités à participer
    - Etre au courant
    - Soutien affectif ou administratif
    - Aide instrumentale
    - Etre là le jour J

Population

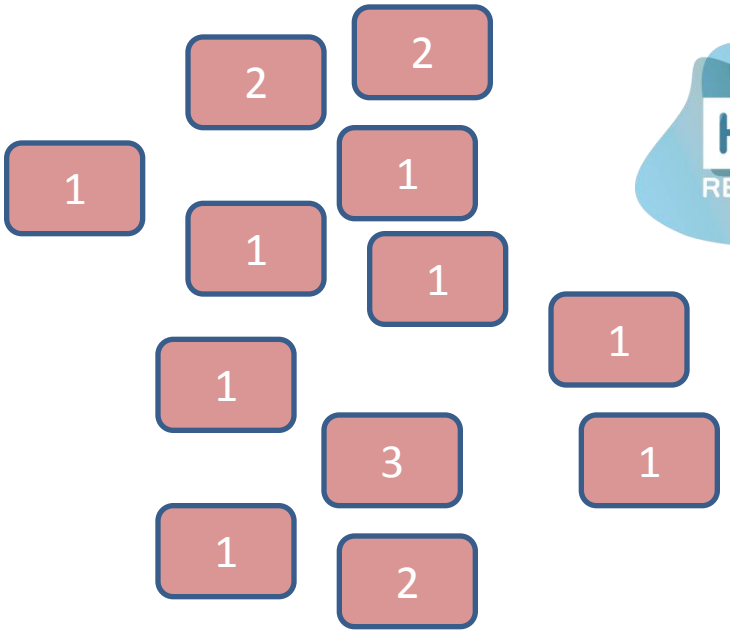
- 20 situations

- 30 proches, 19 femmes, 11 hommes

  – 8 conjoints, 5 épouses - 3 époux
  – 6 amis, 3 femmes, 3 hommes
  – 8 enfants, 4 filles et 4 fils
  – 3 sœurs
  – 3 belles filles
  – 1 petit fils
  – 1 bénévole



9 suicidants



11 suicidantes

HESAV
RECHERCHE
Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

5 théâtres de négociation

- la légitimation de la demande
- la décision de se suicider
- l'accompagnement de fin de vie
- la mise en scène du jour de la mort
- l'élaboration du rituel funéraire et de la mise en mémoire du proche disparu.

1- La légitimation de la demande

- Etre inscrit
- Faire une demande manuscrite
- Obtenir les certificats médicaux nécessaires
  - Maladie incurable
  - Capacité de discernement
- Voire sa demande acceptée
  convaincre l'association du bien-fondé de la demande

De la légalité à la légitimité

- Loyauté épanouie, loyauté contrainte
  - Marlis Zala, Chronique d'une mort volontaire annoncée
- Ces proches qui initient la démarche
- La permission des proches est indispensable

2- La décision de se suicider

La crainte de perdre

- sa dignité
- son indépendance
- sa capacité de discernement

sont les principaux déclencheurs de la décision de se suicider

La décision de se suicider

- Rencontrer les bénévoles
  - Les convaincre
- Décider du jour
- Négocier la temporalités et les conditions de fin de vie

Les bénévoles

- En général des femmes
- Motivations à s'engager
- Expériences des soins palliatifs
- Réflexion philosophique et spirituelle
- Peu de doutes
- Enormément d'empathie
- Prudentes
- Ont le souci d'intégrer et d'accompagner les proches
- Marge étroite face aux exigences de certains suicidants et/ou proches

3- L’accompagnement de fin de vie

- Organiser le suicide ET
- Valoriser le temps qui reste

- Continuité des échanges
- Organiser et assumer les soins à domicile

Le temps de l'accompagnement

- Tiraillé entre un sentiment de « plénitude » et par l'ambivalence de vouloir en jouir, tout en souhaitant qu'il s'arrête

4- La mise en scène du jour de la mort

- Négocier le jour et l'heure avec les bénévoles
- Inviter les proches, voire les professionnels
  - Difficile de refuser
- Mort violente selon la loi
  - Juge et police

5- L’élaboration du rituel funéraire et de la mémoire

- Première prise de distance avec les injonctions du mort et le rôle assumé jusque là

Ordre négocié de la mort par suicide assisté

Organiser une mort légale, maîtrisée, pacifiée, opportune et intime

Eviter une mort solitaire, clandestine, inquiète (Hintermeyer)

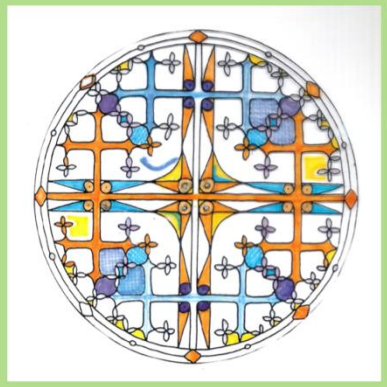
- Les professionnels de la santé ne sont pas perçus comme des ressources
- Sentiment d'isolement des proches (secrecy)
- Sentiment de vivre un deuil très spécial

Conclusion

- Le modèle suisse est unique, lié à un contexte social et politique très particulier, donc in-exportable
- L'assistance au suicide est une pratique qui interpelle toutes les sphères de la vie publique et privée, pas seulement l'éthique ou la médecine.
- Elle doit rester un problème sans solution, sans cesse débattu, pour éviter de tuer le problème

Parcours de fin de vie

Murielle Pott
Julie Dubois



ÉDITIONS À LA CARTE

HESAV RECHERCHE

Sommaire

Préface : Annick Anchisi 3

Introduction 5

Un médecin et une épouse au chevet d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer 8

L'histoire riche de Salvatore L. 13

Soins à domicile : un contrat de travail pour les proches aidants ? 17

Quand la fin approche à domicile, arrangements entre proches et professionnels 24

Nouvelles temporalités d'incurabilité : le rôle des médicaments quand la fin s'annonce 35

Le suicide assisté dans l'agenda politique 47

Quand l'assistance au suicide s'invite dans l'accompagnement de fin de vie 58

Conclusion 67

Postface : Une population de survivants *Jean-Pierre Fragnière* 77

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

HESAV
RECHERCHE

MERCI DE VOTRE ATTENTION